Rok XXXI. Kraków, 8 Października 1892. Nr. 41.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuja: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyrażnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „	40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „	20 „	1½ „	3⅛ „	6 „

TREŚĆ: I. ROSNER: Włókniaki macicy i ciąża. (dok.) — II. ROSENBLATT: Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci. (c. d.) — III. *Oceny i sprawozdania.* KOWALSKI. — *Patologija.* JANOWSKI. — *Terapija.* FÜRST. — *Choroby kobiece.* WEBER. — *Choroby skórne i kiłowe.* NEUMANN. — ARNING. — W sprawie cholery tegorocznéj. (c. d.) — IV. *Wiadomości bieżące.*

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra M. Madurowicza w Krakowie.

Włókniaki macicy i ciąża.

Przypadek wyłuszczenia włókniaków z następnem poronieniem i wyleczeniem

Podał

Dr. Aleksander Rosner,

II gi asystent kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 40.)

Przypadek obserwowany w klinice krakowskiéj, a zaliczony już do powyższego zestawienia, przedstawiał się jak następuje:

R. G., lat 30, zamężna, zgłasza się do kliniki dnia 24 maja 1892 r. Miesiączkowała dawniéj prawidłowo, zamężna od lat 12. Rodziła 5 razy, porody i połogi przebiegały prawidłowo. Ostatni poród w styczniu 1891. Karmiła przez 3 miesiące. W ośm miesięcy po porodzie wystąpiła regularność raz, w cztery miesiące potem drugi raz, od 4 miesięcy chora znowu nie miesiączkuje.

Powiększenie brzucha zauważono już podczas porodu w styczniu 1891, a babka obecna przy porodzie uważała guz za drugie dziecko. Guz ten rósł od tego czasu wolno, dopiero od kilku miesięcy powiększa się b a r d z o s z y b k o. Przez dwa ostatnie tygodnie doznawała chora bólów w krzyżach, a przy zmianie położenia w łóżku zdaje się jéj, jakby się coś w brzuchu przewracało. Obecnie nie doznaje dolegliwości. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

Badanie wykonane w dniu przyjęcia wykazuje: Osoba wzrostu słusznego, bez obrzęków koło kostek, odżywienie słabe, ciepłota i tętno prawidłowe. Sutki wiotkie, pomarszczone, żyły podskórne przeświecają. Zabarwienie obwódki ciemne, gruczoły łojowe Montgomeryego sterczące. Brodawki grube, pałkowate. Zrazy gruczołowe miernie wymacalne. Przy ucisku występuje bardzo mała ilość kleju.

O g l ą d a n i e. Brzuch nieregularnie wypuklony, więcéj nad spojeniem i po stronie lewéj, niż prawéj. Przez powłoki zarysowuje się kilka wypukleń, jedno między pępkiem a spojeniem, najwybitniejsze na 3 palce pod pępkiem, drugie mniejsze koło pępka, wielkości małego jabłka. Nadto powyżéj pępka zarysowują się jeszcze niewyraźne kontury dwóch guzów po stronie prawéj i lewéj. Linija środkowa nad i pod pępkiem zabarwiona, na skórze blizny poporodowe, pępek płaski. Okolice nadpachwinowe znacznie wypuklone.

D o t y k a n i e. Powłoki skórne nad guzem po stronie prawéj więcéj napięte, niż po stronie lewéj, chude, dają się we fałd ująć i nad guzami przesuwać. Badając głębiéj czuć obrzęk nad spojeniem łonowem wielkości głowy męzkiéj, o powierzchni gładkiéj, elastyczny, jakby chełboczący; sięga on na 2 palce niżéj pępka, na lewo do *spina ant. sup.*, na prawo na 3 palce od linii środkowéj. Nad prawą pachwiną czuć obrzęk wsuwający się małym odcinkiem w miednicę małą, sięgający w górę aż w podżebrza, o powierzchni gładkiéj, elastyczny, w dole nieco miększy niż w górze, czasem jakby jędrniejący przy dotknięciu. Na krańcu prawym guz ten jest nieco twardszy. Między temi obrzękami tuż pod pępkiem jest guzek wielkości jabłka, złączony z poprzedniemi jakby szypułą. Tuż obok takiż guzek ruchomy, o ścianach napiętych, elastycznych. Na lewo od pępka i w górze (w podżebrzu) znów guz wielkości dużéj pięści, o tych samych cechach, co wyżéj opisane. Guzy są przy dotknięciu niebolesne. Odgłos wypukowy nad guzami stłumiony, w podżebrzu lewem bębenkowy. Ruchomość mała.

W y m i a r y. Od spojenia do pępka 20 ctm., do wyrostka mieczykowatego 39. Obwód przez pępek 94 ctm.

B a d a n i e w e w n ę t r z n e. Wejście do pochwy szerokie, pochwa gładka, tylna ściana gorzéj do sąsiedztwa przyczepiona. Część pochwowa w prawidłowéj wysokości, na falangę długa, prawidłowéj zbitości. Ujście tworzy szparę poprzeczną z wrębami po bokach; do szyi, która ku górze się ścieśnia, można koniec palca włożyć. Ruchy guza brzusznego nie udzielają się palcowi, leżącemu w szyi. Dalszy ciąg macicy nie daje się napewne wykazać — zdaje się być w sklepieniu przedniem. Przedsionek ciemno-różowy, wejście do pochwy otoczone strzępami, szerokie. Pochwa, oglądana we wzierniku, ciemno-różowa, jéj tylna ściana gładka, na przedniéj *columnae rugarum.* Część pochwowa sino-różowa, ujście poprzeczne bez erozyi, błona śluzowa na części pochwowéj napięta. Mocz, jasny, czysty, zawiera śladzik białka. Sonda maciczna metalowa Valleixa wchodzi w prawidłowym kierunku i wykazuje, że macica jest o 12 mm. dłuższą od prawidłowéj.

Rozpoznanie cierpienia wahało się między guzem jajnikowym a włókniakiem macicy. Dnia 30/V operacyja.

Prof. Madurowicz polecił mnie wykonanie tejże. Zabieg wykonałem przy łaskawéj asystencyi szefa kliniki a nadto prof. Dra Marsa, doc. Dra Bossowskiego, Dra Cerchy i Dra Świtalskiego. Chorą należycie przeczyszczoną zachloroformowano. Pole operacyjne obmyto mydłem i sublimatem. Cięcie poprowadziłem w linii środkowéj pod i nad pępkiem, na długość 20—24 ctm. Zauważono rozstęp mięśni prostych. Po otwarciu jamy brzusznéj rozpatrzono się w topografii. Nad spojeniem guz wielkości macicy w 5 miesiącu ciąży, sinaworóżowy, od którego po obu bokach odchodzą prawidłowe części dodatkowe. Jest to, jak przypuszczano, macica powiększona, gładka, miękko-elastyczna, prawie chełbocząca. Części płodowych wykazać nie można. Od dna po stronie prawéj, powyżéj prawéj trąbki odchodzi od macicy guz; jest on w miejscu odejścia tak gruby, jak ramię mężczyzny. Zaraz za miejscem odejścia przechodzi w guz, zajmujący całą jamę brzuszną. Ma on kształt fantastyczny, jest w kilku miejscach przewężony i zdaje się składać z trzech dużych guzów (jeden nad pachwiną prawą, drugi w podżebrzu prawem, trzeci w podżebrzu lewem), na których, na krótkich szypułkach siedzą dwa mniejsze guzki wielkości małych jabłek w okolicy pępka. Ponad pępkiem po stronie lewéj przyczepiona do guza w dwóch miejscach sieć o grubych naczyniach. Jeden z tych zrostów podwiązano podwójnie jedwabiem i przecięto między ligaturami, drugi szerszy podwiązano z pomocą narzędzia Dechampa. Po oddzieleniu zrostów wytoczono guz przed powłoki. Teraz trzeba było rozstrzygnąć pytanie, czy powiększona macica jest ciężarna czy nie. *Graviditas an fibroma?* Z uwagi, że guz, odpowiadający macicy, był miększy od obrzęku nowotworowego, że okazywał niemal chełbotanie, a powierzchnia, kształt i umiejscowienie, jak niemniéj stosunek części dodatkowych do guza, razem zebrane, stanowczo ciążę podejrzywać kazały, przystąpiono teraz do dokładniejszego badania. Badanie przez pochwę poucza: Pochwa rozpulchniona jest wyciągniętą ku górze i przylega do tylnéj ściany spojenia łonowego, ponad którem czuć miękką, rozpulchnioną, na ½ ctm. długą część pochwową, któréj ujście koniec palca łatwo przepuszcza. W sklepieniach nic wykazać nie można. Ponieważ ten wynik badania należało odnieść do okoliczności, że macica badana była wytoczona przed powłoki brzuszne, wsunięto ją przeto napowrót do jamy brzucha, wpuszczając w naturalne położenie. Równocześnie palce badający w pochwie wymacał położenie pochwy zmieniające się w prawidłowe, zaczem i część pochwowa niżéj ułożona, o wiele dłuższą się okazała, gdyż długość jéj wynosiła 2 ctm. — W sklepieniach, a najwyraźniéj w tylnem, czuć dalszy ciąg miękkiéj, rozpulchnionéj macicy, która z guzem do jamy brzucha wpuszczonym, okazuje związek, jak to badaniem oburęcznem wykazać można. Na téj podstawie, nie przesądzając możności istnienia zbyt rozmiękłego włókniaka ściennego macicy, rozpoznano ciążę 5-miesięczną. Przemilczeć nam nie wypada, że poszukiwanie za częściami płodowemi, które w macicy w tym miesiącu bezpośrednio omacywanéj, wyraźnie powinny się dać wykazać, dało wynik ujemny, co się znów tem tłómaczy, że wobec urazu, jaki rękoczyn sam stanowił, poszukiwanie części płodowych odbywało się bardzo delikatnie. Gdyby nadto nie okoliczność, że macica mimo urazu nie jędrniała (co się tłómaczy narkozą chloroformową), bylibyśmy rozpoznanie ciąży jako pewne uznali.

Wobec tych okoliczności woleliśmy przystąpić do wyłuszczenia guza z zachowaniem macicy, niż do amputacyi nadpochwowéj. Dokoła nasady guza (tj. miejsca, w którem guz odchodził do macicy) założono ligaturę elastyczną. Z guza złuszczono szeroki rękawek (*manchette*) otrzewny, celem pokrycia ubytku po amputacyi; brzegi rękawka otrzewnowego uchwycono w kilku miejscach kleszczykami Billrotha-Péana. Następnie zaczęto oddzielać guz od macicy na tępo palcami lub zamkniętemi nożyczkami, co szybko uskuteczniono. W ten sposób wyjęto nowotwór z brzucha. Teraz usunięto ligaturę elastyczną i przystąpiono do zaszycia szerokiego ubytku w ścianie macicy. Użyto do tego celu szwu katgutowego ciągłego, którym zaszyto ranę w trzech piętrach. Dwa piętra w głąb zapuszczone łączyły zraniony miąższ macicy, powierzchowny Lembertowski łączył otrzewną, a mianowicie brzegi rękawka. Założono nadto kilka dodatkowych szwów, częścią Lembertowskich, celem dokładniejszego zespojenia otrzewny, częścią głębokich, celem zatrzymania krwawienia, które tu i ówdzie w linii szwów się pojawiało. Uskuteczniwszy to, odprowadzono macicę do brzucha, odszukano raz jeszcze części podwiązane sieci i poniżéj podwiązek przypalono powierzchnię przekroju termokauterem Pacquelina. Kilku wacikami usunięto mierną ilość płynu przesączynowego (*ascites*) i pokryto trzewa brzuszne i macicę siecią. Jamę brzuszną zamknięto trzema piętrami szwów (1. szew otrzewnowy, katgutowy, kuśnierski, 2. cztery głębokie szwy jedwabne i 3. szew skórny, jedwabny, kuśnierski). Ranę zasypano jodoformem. Założono opatrunek przeciwgnilny, lekko uciskający.

Przebieg pooperacyjny nie pozostawiał w pierwszym tygodniu nic do życzenia. Najwyższa ciepłota wieczorna w dzień operacyi 38·1, najszybsze tętno 104. Piątego dnia sprowadzono wypróżnienie przez podanie oleju rącznikowego. Bólów żadnych chora nie doznaje. Sen i apetyt dobry. Przez pierwsze cztery dni opium w dosadnéj dawce.

6/VI. Zmiana opatrunku. Wyjęto szwy głębokie. Rana zgojona doraźnie *(per primam)* na całéj przestrzeni. Guz w brzuchu nie zmniejszył się.

Do dnia 10/VI przebieg niczem nie zakłócony. Wieczorem 10/VI podwyższenie ciepłoty do 38·0 bez dreszczu, chora zaczyna się żalić na bóle w brzuchu po stronie prawéj, w miejscu odpowiadającem ranie macicy.

11/VI. Ciepłota rano 39·0, tętno 112, bóle po stronie prawéj poniżéj pępka dokuczliwe, powiększają się znacznie przy dotknięciu. Dyjeta ścisła. Stolce codziennie. Wieczorem ciepłota 38·6, tętno 128; bóle bardzo silne. Badanie wykazuje, że guz odpowiadający macicy powiększył się i sięga do pępka. Badanie przez pochwę poucza, że rozpulchnienie pochwy i części pochwowéj jest znaczne. Część pochwowa na falangę długa, do szyi wchodzi palec — szyja walcowata, palec przechodzi przez ujście wewnętrzne i dochodzi do oporu miękkiego, elastycznego, który prawdopodobnie odpowiada jaju płodowemu. Podano opium wewnętrznie i w czopkach, w dosadnych dawkach. Koło godziny 6 wieczorem bóle, które nie okazywały żadnych cech bólów porodowych lub do poronienia, a pochodziły niewątpliwie od zadrażnienia otrzewny — przechodzą w typowe bóle porodowe z wyraźnemi skurczami macicy i pauzami. W pauzach istnieją bóle przy dotknięciu. Wśród tego część pochwowa zaczyna zanikać, a ujście rozwiera się. Godzina 10½. Część pochwowa zupełnie zanikła. Godzina 11½. Ujście całkiem rozwarte; jaje płodowe wypukla się do pochwy. Godzina 1 w nocy (dnia 12/VI). Całe jaje płodowe rodzi się. W czystych wodach płodowych widać płód odpowiadający rozwojem 5¾ m. c., żywy. Tak podczas, jak i po poronieniu żadnego krwawienia.

12/VI. Rano 37·2, 104; wieczór 38·3, 104. Połóg zaburzony lekkiem krwawieniem dnia 14/VI, po którem rozpoczęły się upławy nieco cuchnące. 14/VI wyjęto z jamy macicy duży skrzep; macicę przepłukano 2% rozczynem karbolu.

15/VI zauważono odleżynę w miejscu połączenia kości krzyżowéj z ogonową. Przy odpowiedniem leczeniu zdołano sprowadzić szybko zagojenie się odleżyny.

Leczenie zakłócone było w końcu wytworzeniem się małego ropnia w lewéj tkance okołomacicznéj, który do d. 27/VI wywoływał gorączkę (do 39·3), dnia 27/VI otwarty, zgoił się zupełnie tak, że chora dnia 21/VII zupełnie wyleczona opuszcza klinikę.

Przypadek dopiero co opisany ma kilka ciekawych szczegółów, na które należy zwrócić uwagę. Przedewszystkiem ciąża nie była przed operacyją wcale rozpoznana, a nawet podczas operacyi rozpoznanie ciąży, acz bardzo prawdopodobne, nie było jednak pewne. Nie wspominałem dotąd nic o rozpoznaniu ciąży powikłanéj włókniakami ma-

cicy, ażeby na tem miejscu nad pytaniem tem dokładniéj się zastanowić. Prawie wszyscy autorowie zgadzają się na to, że rozpoznanie ciąży w tych warunkach, w pierwszych miesiącach jest bardzo trudne. Lefour[1] pisze: „*Pendant les premiers temps de la grossesse, alors que des signes absolus n'existent pas, nous ne saurions trop dire, combien les erreurs sont faciles*“. Na udowodnienie tego twierdzenia przytacza cały szereg przypadków, w których ciąży powikłanéj włókniakami nie rozpoznano. W jednym z tych przypadków Depaul sondował kilkakrotnie macicę, nie rozpoznawszy naturalnie ciąży; w kilka godzin po ostatniem sondowaniu chora poronila. Meados[2]) w podobnym przypadku wykluczył na podstawie badania zgłębnikiem macicznym ciążę; w kilka dni po sondowaniu wystąpiło poronienie, a wkrótce potem śmierć. Péan[3]), którego przypadek rozpoczyna szereg konserwatywnych myomotomij w ciąży, nie rozpoznał ciąży przed operacyją. Nie rozpoznawszy ciąży przed zabiegiem operowali Rob. Barnes, Paterson, Granville, Bantock, Karstroem i Meredith[4]), wszyscy radykalnie (*amput. suprav. uteri gravidi*). W jednym z przypadków ciąży powikłanéj włókniakami, obserwowanych w klinice Schrödera, a opisanych przez Stratza[5]), wprowadzono do macicy zgłębnik w celach rozpoznawczych i wywołano poronienie; w drugim, opisanym przez tegoż autora, nakluto macicę trójgrańcem (rozpoznano haematometra) i w tym przypadku przyszło do poronienia.

Podobnych przykładów znalazłoby się przy dokładnem szukaniu niewątpliwie więcéj, ale i te wystarczą do stwierdzenia częstości pomyłek dyjagnostycznych, a co za tem idzie, trudności rozpoznania. Rozpoznanie pewne niczem nie powikłanéj ciąży w pierwszych miesiącach, a więc do czasu, w którym występują objawy pewne, t. j. tętno płodu, wymacywanie części płodu i ruchów, jest niemożliwe. Bywa ono bardzo prawdopodobne wtenczas, jeżeli obok siebie istnieje cały szereg objawów t. zw. domyślnych i prawdopodobnych. Z tych największe znaczenie przypisuje się brakowi regularności, powiększeniu macicy, rozpulchnieniu i zesinieniu części pochwowéj i zmianom w sutkach. W naszym przypadku nie można było przypisywać wielkiego znaczenia brakowi regularności. Chora podaje, że pierwszy raz miała regularność w 8 mies. po porodzie, drugi raz po czterech miesiącach, a od czterech miesięcy niema regularności. Brak regularności tylko wtenczas przyczynia się do rozpoznania i ułatwia je, jeżeli przedtem miesiączka występowała w prawidłowych odstępach czasu. U osób, które miesiączkują w pauzach czteromiesięcznych, nie wzbudza kilkomiesięczny brak regularności żadnych podejrzeń.

Powiększenie macicy nie dało się skonstatować dlatego, że wobec zmienionych stosunków topograficznych uważano macicę za guz nowotworowy. Część pochwowa podczas badania była prawidłowéj zbitości, jak to w przypadkach *metritis cervicalis gravidarum* się wydarza, a zesinienie części pochwowéj zdawało się też za *metritis* przemawiać. W końcu zmiany w sutkach, które były nieznaczne, wydarzają się często w przypadkach guzów jajnikowych i macicznych, i dlatego nie zwracano na nie uwagi.

[1]) l. c. — [2]) cyt. z Lefoura. — [3]) patrz Vogel l. c. — [4]) cyt. z Hausera l. c. — [5]) l. c.

Dziwniejszem może się wydać okoliczność, że jeszcze podczas operacyi nie rozpoznano z całą pewnością ciąży. Że ją rozpoznano z prawdopodobieństwem, wynika już z tego, że macicę zostawiono. Prawie wszyscy autorowie, opisując ciążę, powikłaną włókniakami, podają, że macica była znacznie miększa od nowotworów; w tem upatrują najważniejszy czynnik rozpoznawczy (Landau[1])). W naszym przypadku nie dało się to zużytkować do rozpoznania. Macica była wprawdzie nieco miększa od włókniaków, ale nieznacznie; nowotwór wodnisto-naciekły tak dalece, że na przekroju widać było przestrzenie napełnione cieczą przesączynową, był w dotknięciu również miękki. Niemożność wybadania części płodowych w macicy, omacywanéj bezpośrednio, i brak jéj skurczów, przyczyniały się, jak to już wyżéj zaznaczono, do chwiejności rozpoznania.

Drugim szczegółem, zasługującym w naszym przypadku na uwzględnienie, jest poronienie. Przyczyn, któreby mogły wzniecić poronienie, nie brak — szczególnie dwa zabiegi mogły łatwo stać się w tym względzie bodźcem. Mam tu na myśli badanie zgłębnikiem macicznym i zabieg operacyjny, który był bądź co bądź silnym dla macicy urazem. A przecież ani sondowanie ani zabieg operacyjny, jako taki, nie wznieciły poronienia. Szczegóły historyi choroby, wyżéj przytoczone, zdają się twierdzenie to usprawiedliwiać.

Co do sondowania, acz staje się ono często przyczyną wydalenia jaja (Meadows, Schröder, Depaul), to przecież nierzadkie są przypadki, w których pomimo wprowadzenia zgłębnika nie przerwano ciąży. Zweifel[2]) który z powodu błędu w rozpoznaniu sondował macicę ciężarną, był na tyle szczęśliwy, że tem nie wywołał poronienia: „*es bewiesen aber einige Wochen später die fötalen Herztöne, was ich sondirt hatte*“ pisze autor. Również w wyżéj wspomnianym przypadku Depaula, po pierwszem wprowadzeniu zgłębnika upłynęło 6 dni spokojnych i dopiero drugie sondowanie stało się przyczyną przerwania ciąży. W naszym przypadku upłynęło pomiędzy wprowadzeniem sondy a poronieniem dni 19, a szóstego dnia po sondowaniu wykonane badanie nie wykazywało śladu czynności porodowéj. Na téj podstawie możemy śmiało twierdzić, że nie wprowadzenie zgłębnika było bodźcem do przerwania ciąży.

Więc może zabieg operacyjny? I to przypuszczenie wydaje się bardzo nieprawdopodobnem. Podczas wyłuszczania guza i podczas szycia rany macicznéj nie widzieliśmy żadnych skurczów, któreby mogły być odpowiedzią na ciężki uraz, zadany macicy i zwiastunem grożącego poronienia. Dziesięć pierwszych dni po operacyi nic nie zapowiadało przerwania ciąży: chora nie doznawała żadnych bólów, z dróg rodnych nie pojawiła się ani kropla krwi, a siódmego dnia po zabiegu, podczas pierwszego opatrunku, nie mogliśmy wybadać żadnych skurczów macicy.

Nasuwa się z konieczności pytanie: jeżeli nie wprowadzenie zgłębnika, jeżeli nie zabieg operacyjny, to co stało się przyczyną poronienia?

Przebieg leczenia pooperacyjnego zdaje się dawać na to pytanie zadowalającą odpowiedź, która brzmi: Przyczyną poronienia było zadrażnienie otrzewny przez naciąganie świeżych zlepów w okolicy rany macicznéj, to naciąganie zaś było następstwem powiększania się ciężarnéj macicy. Czy zlepy w okolicy rany macicznéj istniały, na to nie mamy

[1]) l. c. — [2]) *Gynaekolog. Klinik*, 1892.

wprawdzie bezwzględnego dowodu, bo tego dostarczyć może tylko nekroskopija: wydarza się to jednak tak często po laparatomijach, że przypuszczenie to śmiało możemy przyjąć. Że macica powiększała się, to nie ulega najmniejszej wątpliwości; każda macica ciężarna, jeżeli płód żyje (w naszym przypadku urodził się płód żywy) musi się powiększać, zresztą stwierdziliśmy to badaniem przedmiotowem. Ten wzrost macicy zaczął naciągać świeże zlepy i dał powód do zadrażnienia otrzewny, które jedenastego dnia po operacyi objawiło się bólami w okolicy rany, o charakterze bólów zapalenia omacicznego *(perimetritis)* i podwyższeniem ciepłoty. Szybko rozwinęło się ograniczone zapalenie otrzewny macicznéj *(perimetritis)*, które przez zadrażnienie mięśnia macicznego wywołało skurcze macicy, zakończone trzynastego dnia po zabiegu operacyjnym wydaleniem jaja płodowego.

Co bywa zwykle przyczyną poronienia po zachowawczéj myomotomii i w jakim czasie po zabiegu następuje wydalenie jaja?

W 23 wyżéj zestawionych przypadkach operacyjnych wystąpiło poronienie 9 razy. W jednym przypadku (H o m a n n) nie znalazłem daty poronienia — w 8 zaś innych rozdzielają się daty jak następuje: w 1-nym przypadku (M a r t i n) poronienie wystąpiło wieczorem w dniu operacyi, w 1 przyp. (P é a n) nazajutrz po zabiegu, w 1 (M a r t i n) 3 dnia, w 1 (M a r t i n) 4 dnia, w 1 (O d g e n) 12 dnia, w 1 (nasz) 13 dnia, w 1 (M a r t i n) 17 dnia, zaś w przypadku K u e s t n e r a w $2\frac{1}{2}$ tygodnie po operacyi. W czterech pierwszych przypadkach poronienie wystąpiło między 1 a 4 dniem, w czterech ostatnich między 12 a 18 dniem po zabiegu. Liczby te na pierwszy rzut oka są uderzające i nasuwają na myśl przypuszczenie, że w pierwszych czterech przypadkach poronienie było następstwem urazu operacyjnego, zaś w ostatnich przyczyna przerwania ciąży mogła być podobna, jak w naszym przypadku. Ale i w tych przypadkach zabieg stał się pośrednio przyczyną poronienia, z czego wynika, że dopiero po upływie kilku tygodni po operacyi możemy być spokojni o los płodu rozwijającego się w macicy, względnie o los matki.

Na pytanie, czy w naszym przypadku zabieg był wskazany, możemy śmiało odpowiedzieć twierdząco; wszak mówiąc o wskazaniach na pierwszem miejscu wymieniliśmy szybki wzrost guza (p. w.), o którym nasza chora tak wyraźnie w wywiadach wspomina, a który wobec dużych rozmiarów guza mógł łatwo sprowadzić ciężkie i groźne następstwa.

Spełniam w końcu miły obowiązek, dziękując czcigodnemu mojemu szefowi prof. Drowi Madurowiczowi tak za łaskawe odstąpienie operacyi, jak i za pozwolenie ogłoszenia niniejszego przypadku.

II. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

Zachowanie się jednak ciepłoty nie zawsze licowało ze zmianami napotkanemi przy sekcyi, t. j., znaczne obniżenie się ciepłoty i wahanie tętna nie zawsze szły w parze z znaczną wypociną czy to w komórkach czy na podstawie, a naodwrót w przypadkach, gdzie sekcyja wykazała znaczne zmiany w okolicy mostka Varola lub w komórkach mózgowych, nie były różnice ciepłoty i tętna w poszczególnych okresach tak wybitne, jakby według teoryi być było powinno, czego przykładem następująca tabelka:

Przypadek	Ciepłota	ranna	wiecz.	Tętno	Uwaga (objawy)	Gruzełki	wypocina na podstawie	Komórki mózgowe
1	18/I		37·5		wymioty, ospałość	licznie zasiane wzdłuż naczyń na podstawie	przy skrzyżowaniu nerwów wzrokowych mierna	nieznacznie rozszerzone
	19	37·6	38·7		drgawki			
	20	37·3	38·7					
	21	38·4	39·5					
	22 †							
2	20/II		38·0	60	bezprzytomność, sztywność karku, skurcze kończyn	licznie rozsiane	znaczna	nieznacznie
	21	38·3	38·0	60—90	drgawki			
	22	38·2	38·9					
	23	38·7	38·4					
	24 †							
3	3/III		37·0		drgawki	tylko na powierzchni mózgu skąpe	żadna	b. nieznacznie
	4		36·8		śpiączka			
	6	37·4	38·0					
	8 †	37·0						

Przypadek	Ciepłota			Tętno	Uwaga (objawy)	Gruzełki	wypocina na podstawie	Komórki mózgowe
		ranna	wiecz.					
4	1/V	37·0		80	wymioty	liczne	znaczniejsza	nieznacznie
	5	36·5			drgawki			
	6	36·7		60	"			
	7	37·8			"			
	8	38·5			"			
	9	37·0						
	10 †	37·8						
8	9/VII		36·8	66	wymioty, bezprzytomność	b. liczne także i na oponach rdzenia	bardzo znaczna	nieznacznie
	10	36·8	37·0					
	11	36·6	37·0					
	12	36·8	36·5	88				
	13	36·5			drgawki			
	16	36·6		60				
	20		39·4					
	21 †	39·1	39·6	140	*opisthotonus*			
9	14/10		37·2	68	wymioty, apatyja	dość liczne, guz gruźliczy	mierna	nieznacznie
	15	37·4						
	16	37·3	37·5					
	17	37·6			*athetosis*, drgawki, *coma*			
	19	37·1						
	21	36·1						
	22	37·1	38·0	120				
	24	36·7	37·9	140	przykurczenie			
	25 †							
10	13/XII		38·2	100	zaparcie stolca, zgrzytanie zębami	dość liczne (gruźlica ogólna prosówkowa)	mierna	nieznacznie
	14	38·0	38·6					
	15	38·0	38·2	92				
	16	37·6	38·0	60				
	17	37·2	37·6					
	18	37·2	37·2	140	ospałość			
	19	37·6	37·8	162	drgawki			
	20	38·5	37·8	136	"			
	21	37·2	36·4					
	22	37·0	36·8	90				
	23	36·4	37·0	58	*coma*			
	24 †	36·1						
11	11/1		37·6			licznie zasiane na oponach podstawy	mierna	prawidłowych rozmiarów
	12	37·8	38·2		drgawki, przytomna			
	13	37·2	38·6	68				
	14	37·0	38·2					
	15		38·8		drgawki			
	16	36·8	38·5					
	17	37·4	38·8	72				
	18	37·2			"			
	19 †							
15	27/VII	38·5	39·0		obstrukcyja, wymioty	dość licznie	mierna	nieznacznie rozszerzone
	28	39·0	39·5	112				
	29	39·0	40·0	136				
	30	37·8	37·0	92	wykrzykiwania			
	31	37·6	37·5					

Przypadek	Ciepłota	ranna	wiecz.	Tętno	Uwaga (objawy)	Gruzełki	wypocina na podstawie	Komórki mózgowe
15	1/VIII	37·0			wymioty			
	2	37·0	38·5	60	drgawki			
	3	38·5	40·3					
	4†							
16	15/IX	37·0	38·8		bezsenność	licznie	obfita ilość ropnéj wypociny około mostka Varola	znacznie rozszerzone, 200 grm. płynu
	16	37 0	39·6					
	17	39·4	38 0	120				
	18	37·0	39·3		wymioty			
	19	37·3	39·4					
	20	38·0	39 6	160	„			
	21	38·5	38·4		śpiączka			
	22	37·9	38·2					
	23	37·6	38·6		zapadnięcie			
	24	38·2	38·2		brzucha			
	25	37·8	38·6					
	26	37·2	38·1					
	27	37·2	37·1					
	28	37·4	37·6		drgawki			
	30	37·6	38·0	72				
	1/X	38·0	38·0	114	*opisthotonus*			
	3	37·6	38·1	76				
	5	36·5	37·0	60				
	6†	37·0						
21	5/I	37·0	37·2	80		tylko na dolnéj pow. lewego płatu czołowego	wypociny niema	prawidłowe
	6	37·1	37·1					
	7	37·4			wybuch ropy ustami i uchem			
	8	39·8	39·4		drgawki			
	9	37·0	37·7		„			
	10†							
22	16/III	37·2	37·6	94	objawów żadnych	na powierzchni guzki gruźlicze	niema	prawidłowe
	17	39 0		112				
	22	38 0						
	26	38·3	38·6					
	27†							
23	25/III		39·4	120	zaparcie stolca, zaklęśnięcie brzucha	nielicznie rozsiane	znaczna	zawierają znaczniejszą ilość cieczy
	26	39·0	39·6		wymioty			
	27	39·2	39·5		drgawki			
	28†	38·5			niedowład			
24	3/VI	37·1		48, 60, 80	wymioty	bardzo liczne	opony zgrubiałe	rozszerzone
	5	36·0	36·5	54	„			
	6	36·3	37·0	60	„			
	7	37·2		80	drgawki			
	8	37·3	38·8		„			
	9	37·5	37·8	84	niedowład			
	10	38·1	38·4					
	11†	38·0						
25	prawidłowe, raz tylko 38·6				objawów żadnych	dość liczne	obficie nagromadzona	nie rozszerzone

Przypadek	Ciepłota	ranna	wiecz.	Tętno	Uwaga (objawy)	Gruzełki	wypocina na podstawie	Komórki mózgowe
	20/VII		37·3	80	ból głowy			
	21	37·0	37·0					
	22	37·3	37·0	94	wymioty			
	23	37·0	37·5					
26	24	37·1	37·5	60		gęsto rozsiane	znaczna	w czwórnasób rozszerzone
	25	37·5	37·3					
	26	37·2	37·5		śpiączka			
	27	37·0	38·3	64	nieprzytomny			
	28 †	38·1	40·0					
	27/XI	36·8	38·4					
	28	37·1	38·0	78	wymioty			
	29	37·0	38·0					
	30	37·5	37·6					
	1/XII	37·6	38·0					
	2	37·6	37·5					
29	3	37·0	37·5			liczne	znaczna bardzo	dość znacznie rozszerzone
	4	37·0	37·1					
	5	37·1	37·5	60				
	6	37·0	37·5	60				
	8	37·2	37·6	80				
	9	38·0	39·8					
	10	38·5	39·0		drgawki			
	11 †	40·0			„			

Przypadki w zestawieniu tabeli téj opuszczone albo nie przedstawiały zmian wyraźnych albo nie były należycie obserwowane albo wreszcie nie przyszły do sekcyi.

Przyglądnąwszy się przebiegowi ciepłoty i zachowaniu się tętna w przypadkach tabelką objętych i porównywając ze zmianami anatomicznemi w mózgu i oponach, dochodzimy do przekonania, iż żadnego dodatniego wniosku wyprowadzić nie jesteśmy w stanie. Przypadki te możemy sobie bowiem podzielić na następujące grupy:

a) przypadki znaczniejszéj wypociny na podstawie wobec prawidłowych lub nieznacznie rozszerzonych komórek mózgowych, do nich należą 2, 8, 11, 25 i 4;

b) przypadki rozszerzenia komórek wskutek wypociny wobec braku tejże lub tylko bardzo nieznacznéj ilości na podstawie; do nich należy przypadek 3;

c) przypadki obfitéj wypociny i w komórkach i na podstawie, przypadki 16, 23, 24, 26 i 29;

d) przypadki nieznacznéj wypociny i w komórkach i na podstawie; przypadki 9, 10, 15 i 1;

e) przypadki, w których nie było wypociny ani w komórkach ani na podstawie, 21 i 22.

Z przypadków grupy *a*), w których przyjąć musimy bezpośrednie zadrażnienie nerwu błędnego wypociną samą, nie spostrzegliśmy w przyp. 2 wyraźnych zmian ciepłoty, jedynie tętno było zwolnionem; w przypadkach 4 i 8 obniżyła się ciepłota i zwolniało tętno już w okresie I., jeszcze przed objawami uciskowemi, a podniosła się ciepłota prawie o 2⁰ w następnym okresie. W przypadku 11 i 25 znów nie było ani znaczniejszego obniżenia ciepłoty ani zwolnienia tętna.

Z przypadków grupy *b*), w których przyjąć możemy ucisk wogóle na istotę mózgową odśrodkowy, szczególniéj i na dno komórki 4, nie spostrzegliśmy żadnych wyraźnych zmian w ciepłocie i zachowaniu tętna.

Z przypadków grupy *c*), w których obydwa czynniki działały, były zmiany w ciepłocie jak i w tętnie bardzo widocznemi w przypadku 16 i 24, mniéj w 26 i 29, a wcale nie w przypadku 23.

Z przypadków grupy *d*), w któréj podobnież obydwa czynniki choć w słabszym stopniu, składaćby się powinny na zmiany ciepłoty i tętna, nie zauważyliśmy ich w przypadku 1, zauważyliśmy natomiast wcale pięknie w przypadkach 9, 10 i 15.

W przypadkach grupy *e*), w których obydwóch czynników brakło a erupcyja gruzełków ograniczyła się tylko do powierzchni półkul, nie spostrzegliśmy rzeczywiście ani zboczeń odpowiednich w ciepłocie ani tętnie. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Cholera azyjatycka na podstawie dawniejszych i nowoczesnych wyników nauki skreślił Dr. Henryk **Kowalski**. Tarnów, str. 74, z kilku rycinami.

Z pod prasy świeżo wydana monografija jest drugą publikacyją o cholerze w języku polskim. Systematycznie ułożona praca zaczyna się od treściwego rysu historycznego pojawienia się tego pomoru, w dalszym ciągu omawia przyczyny tegoż, dzieje odkrycia prątka przecinkowego, własności jego morfo- i biologiczne, warunki zakażenia ustroju, objawy chorobowe, zmiany pośmiertne, zasady dyjagnostyczne, rokowanie, wreszcie leczenie choroby i środki zapobiegawcze. Każdy z poszczególnych rozdziałów z wyczerpującą dokładnością opracowany, uwzględnia obszerną literaturę odnośną, systematycznie poczynając od najdawniejszéj a skończywszy na obfitéj literaturze bieżącéj. Monografiję niniejszą kreśli lekarz, dla którego podjęty temat nie jest obcym, Wszakże sam oko w oko spotykał się ze srogim pomorem w r. 1873, będąc przeznaczonym z ramienia rządu do niesienia pomocy chorym cholerycznym w Bochni. W literaturze podanéj mile nas uderzają zapatrywania i spostrzeżenia poczynione przez wielkiego klinicystę śp. prof. Dietla.

Pożyteczna ta monografija napisaną jest językiem poprawnym i nietylko się nadaje dla lekarza gotującego się do walki z pomorem, lecz i dla szerokiego grona intelligentnéj publiczności. Nie można pominąć pochwały, jaka się autorowi słusznie należy, iż jako lekarz walczący o byt na prowincyi był w stanie tak sumiennie zebrać literaturę i tak ją przedstawić. Pracę tę zatem lekarzom i intelligentnéj publiczności sumiennie polecić możemy. *Dr. Wachholz.*

Patologija.

W. Janowski: **Przyczynek do nauki o ziarnistości białych ciałek krwi.**

Autor badał krew, wydzieliny z oskrzeli i ropę trypową. Co do dwóch ostatnich wydzielin podaje, że w ropie rzeżączkowéj napotykał w przypadkach świeżych nader wielką ilość ciałek eozynochłonnych tak, że stanowiły one przeważną część tworów morfotycznych. W miarę dłuższego trwania choroby ilość tych komórek widocznie malała. Okoliczność tę uważa autor za potwierdzenie zdania Neussera, który ilość ciałek eozynowych czyni zależną od stopnia podrażnienia, w danym razie gruczołu krokowego. Podobnież zgodnie ze spostrzeżeniami Leydena, Neussera, Gabriczewskiego i kilku innych zauważył znaczną ilość eozynowych ciałek w plwocinie astmatyków. Co do krwi, to badanie jéj nie doprowadziło jeszcze do jakichkolwiek stanowczych wyników. Ilość ciałek eozynochłonnych i zawartych w nich jąder, wreszcie kształt pierwoszcza i rozłożenie pośród niego ziarnistości cechujących te twory tak są niestałe i tak różne w jednych i tych samych stanach chorobowych, że na téj podstawie nic pewnego orzec nie można. Co najwięcéj możnaby wyliczyć te choroby, w których ilość ciałek eozynowych we krwi zwiększa się widocznie, a należą tu: astma, choroby jajników, niektóre choroby skórne, jak świerzbiączka, wyprysk, łuszczyca. Nawet w bielicy nie posiadają te twory doniosłéj, rozpoznawczéj wartości; badania bowiem dotychczasowe zdają się jedynie za tem tylko przemawiać, że w przypadkach téj choroby bez zajęcia szpiku kostnego krew w tym kierunku nie przedstawia nic cechującego i tylko w postaci szpikowéj zwiększa się ilość ciałek eozynowych.

W drugiéj części swéj pracy podaje autor kilka sposobów barwienia, któremi posługiwał się w swych badaniach, za najlepsze uważa wskazówki Ehrlicha tak co do sposobu przygotowania jak i barwienia preparatów. (*Kronika Lek.* Nr. 5, 1892). *Dr. L. Korczyński.*

Terapija.

Fürst: **O leczeniu zołzów i pląsawicy zapomocą wody Gubera.**

Leczenie tych dwóch cierpień w znacznéj części opiera się na leczeniu hygieniczno-dyjetetycznem. Stosowne odżywianie i pobyt w czystem powietrzu łączy się często jednak z leczeniem specyficznem. Od dawna przetwory arsenowe w połączeniu z żelazem były głównym w tych chorobach lekiem. Autor, opierając się na długoletniem doświadczeniu jest zdania, iż podawanie roztworu Fowlera z żelazem przez czas dłuższy u dzieci jest nieprzeprowadzalne, po krótkim bowiem przeciągu czasu występują pewne zaburzenia w przewodzie pokarmowym. W takim razie najlepiéj podawać wody mineralne arszeniko-żelazowe. Woda ze źródła Gubera w Srebrenicy posiada bardzo szczególny skład chemiczny. Ilość bowiem żelaza nie jest nadmierną tak, iż woda pita nawet przez czas bardzo długi dolegliwości żadnych nie sprowadza. W dawkowaniu trzeba ostrożnie postępować. W pierwszym tygodniu najlepiéj podawać duże łyżeczki od kawy, t. j. 5 gr. rano i wieczór. W drugim dawkę podnosimy o jedną łyżeczkę w południe, w 3-cim zamieniamy łyżeczkę na łyżkę stołową. Tą metodą leczniczą udało się autorowi usunąć znaczną bezkrwistość chorych a tem samem do dalszego leczenia potrzebne siły chorego wzmocnić. (*D. med. Zeit.* 1891 Nr. 58).

Choroby kobiece.

Dr. Weber (Petersburg): *Amenorrhoë cum Galaktorrhoea.*

W. opisuje z swéj praktyki następujący przypadek: Pani L. R. lat 35, silnéj i dobréj budowy ciała, bardzo otyła, miesiączkuje od 13 r. życia regularnie. Od 12 lat zamężna bez zastąpienia. Nie zapadała na cierpienia kobiece lub inne choroby. L. ma dwie również bezdzietne siostry. Od 3 miesięcy nagle miesiączka ustąpiła bez żadnego powodu a piersi nadmiernie obrzmiały wydzielając ciecz białą. Obrzmienie i parcie na skórę jest tak znaczne, że L. by sobie ulżyć cierpień, zmuszoną jest z jednego i drugiego gruczołu piersiowego odsączyć po kuflu mleka codziennie. Stan ten trwa już od 3 miesięcy bez żadnych innych dolegliwości prócz uczucia napięcia w piersiach. Badanie ginekologiczne wykazało macicę bardzo małą, zanikłą, bolesność drugiego i trzeciego kręgu piersiowego. Stan ten trwa daléj bez wszelkich ujemnych skutków. (*St. P. med. W.* Nr. 33, 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby skórne i kiłowe.

Prof. Neumann (Wiedeń): **Nowe ogniska trądu w Europie.**

Z polecenia Ministerstwa odbył N. przejazdkę po prowincyjach zajętych, t. j. po Bośnii i Hercogowinie, celem zbadania, jakie choroby skórne często u mieszkańców się wydarzają. W okręgu Tuzli spotkał 20-letniego pastucha, którego twarz okazywała swoisty obraz trądu guzowatego (*lepra tuberosa*), t. zw. *leontiasis facici leprosa.* Skóra lupkowo-szaro zabarwiona, łuki brwiowe guzowato zgrubiałe, łączące się nad gładyszką czoła; guzy kostne na czole i innych częściach powłok skórnych ciała — oto obraz powyższego przypadku. Rodzina chorego była wolną od trądu. Podobne przypadki trądu spotkał N. w okolicach Serajewa, Trawnika, Mostaru, Srebrenicy itd. Z dziewięciu chorych ośmiu było islamistów, a jeden zaledwie chrześcijanin. Pod względem etyjologicznym w przypadkach powyższych główną rolę odgrywała dziedziczność. Przyczynami ułatwiającemi zakażenie trądem są zapewne nędza, brud i złe stosunki hygijeniczne, zwłaszcza u mahomedanów i ztąd większa częstość choroby u tych ostatnich. Wobec częstości trądu, gdyby tenże się rozszerzał, rząd okazał się skłonnym do utworzenia osobnych zakładów dla trądowatych. (*Wien. m. Presse*, Nr. 37).

Arning (Hamburg): **Obecny stan rozszerzenia się trądu w Europie i znaczenie jego społeczne.**

A. dochodzi na zasadzie statystycznych wykazów pochodzących z różnych krajów Europy do przekonania, że trąd poczynił w ostatnich lat dziesiątkach znaczne postępy. Ztąd należy zdaniem autora odpowiednim władzom sanitarnym baczną zwracać uwagę na ogniska obecne téj biblijnéj zarazy, a równocześnie należy uczniom wydziałów lekarskich przedstawiać obraz téjże, aby w danym przypadku nie działo się jak dotychczas, iż lekarze leczą chorych trędowatych w przekonaniu, iż mają przypadek kiły przed sobą.

Z wykazów statystycznych wynika, że z wszystkich krajów Europy Norwegija i Hiszpanija najwięcéj w przypadki trądu obfitują. Natomiast zwracają w ostatnich czasach lekarze uwagę na kraje na wschodzie Europy położone, mianowicie na prowincyje rosyjskie, w których trąd nagminnie szerzyć się poczyna; toż samo w Memlu (Prusach) wytworzyło się w ostatnich czasach ognisko trądu. Tutaj należałoby chorych odosobnić z obawy przed rozszerzaniem się choroby. (*Wien. med. Presse*, Nr. 37, 1892). *Dr. Wachholz.*

W sprawie cholery tegorocznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

Schulz poleca dwa środki lecznicze przeciw cholerze w okresie, w którym biegunka, wymioty, występowanie zimnych potów i kurczów są najwybitniejszemi objawami, mianowicie: weratrynę i *cuprum arsenicosum.* Pierwszy z nich podaje S. albo jako *Tinctura Veratri* (Rp. *Tinct. veratri gtts. 11, Aq. dest. 120,00, Syr. aurant. 36,00).* Dorosłéj osobie po łyżce stołowéj, dzieciom po łyżeczce kawowéj zależnie od stanu co 15 minut, co godzina, 2, 3 godziny itd.), albo w następującéj postaci: *Veratrini 0,005,*

Spir. dilut., *aq. dest.* *āā 50,00*, co ½ godziny łyżeczkę; gdy stolce na 24—36 godzin ustaną, należy zaprzestać podawania środka. *Cuprum arsenicosum* stosuje autor 0·0005 na 120—180 wody po łyżeczce. Ponieważ środek ten trudno rozpuszcza się w wodzie, poleca S. także *acid. arsenicosum 0,0005, aq. dest. 200,00* lub *solut. kalii arsenicosi 0,05, aq. dest. 200,00,* po łyżeczce co 15—30 minut, później wedle potrzeby coraz rzadziej. Schulz ostrzega także przed podawaniem w przypadkach zapadu cholerycznego kamfory pod skórę, a radzi stosować środek ten *per os*, najlepiej jako *spiritus camphoratus* kroplami w wodzie. (*Deut. med. Wschrft.* Nr. 36).

Ferran przedstawił na posiedzeniu paryskiej Akademii umiejętności z 22 sierpnia b. r. wyniki z doświadczeń dokonanych nad biologią prątków przecinkowych. Hodując prątki choleryczne w bulionie lekko alkalicznym, do którego dodawał nieco cukru mlekowego, spostrzegł, że pod wpływem rozwoju kultur powstawał z laktozy kwas paramlekowy w takiej ilości, że oddziaływanie pożywki stawało się kwaśne, co można było poznać po wystąpieniu czerwonego zabarwienia po dodaniu rozczynu lakmusu. Hodowla prątków w bulionie alkalicznym z dodatkiem laktozy okazują pozostawione w ciepłocie 30° po 5 dniach mięszaninę pełną kłaczków, składających się z dużych prątków przecinkowych, w których wnętrzu rozróżnić można 1—2 ziarenek mocno światło łamiących podobnych do zarodników; w końcu znika całe pierwoszcze, a tylko te ziarenka barwiące się mocno za pomocą błękitu metylowego pozostają. Jak wiadomo na małych ilościach bulionu alkalicznego, umieszczonego w dużych kolbach zatkanych watą, udaje się prątek przecinkowy znakomicie i pozostaje dłużej niż 2 lata przy życiu; jeżeli jednak doda się nieco cukru mlecznego, prątek obumiera szybko pod wpływem wytwarzanego przez siebie kwasu. W pierwszych godzinach rozwój jego jest szybszy i bujniejszy niż w odżywce alkalicznej i to sprawia, że odżywka gęstnieje, z chwilą jednak gdy zjawia się reakcyja kwaśna, wzrost ustaje i prątki giną.

Podobnie jak prątek choleryczny zachowuje się i *baccillus coli*, i jego rozwój zostaje działaniem kwasu paramlekowego wstrzymany. Kwas paramlekowy isomeryczny z kwasem mlekowym jest znakomitym środkiem przeciwbiegunkowym wywołanym przez *baccillus coli* i zdaniem F. może być także ze skutkiem używany w cholerze. Z tego powodu zaleca autor przeciw cholerze kwas mlekowy z dodatkiem morfiny, która przeszkadza resorbcyi ptomain i toksyn wytworzonych przez prątki przecinkowe, a wstrzymując szybkie wydalenie kwasu mlekowego z jelit, przedłuża jego działanie.

Doc. Klemperer (Berlin): Badania nad szczepieniem ochronnem ludzi przeciw cholerze azyjatyckiej.

W niedawno ogłoszonej pracy wykazał autor, że przez szczepienie ogrzanemi kulturami można świnki morskie i króliki uchronić od śmiertelnego działania prątków przecinkowych. Obecnie starał się K. zbadać, czy na tej podstawie można wprowadzić w życie szczepienie ochronne człowieka przeciw cholerze.

Badania tego rodzaju napotykają na wielkie trudności. Przedewszystkiem ma cholera u zwierząt odmienny charakter niż u ludzi. Podczas gdy człowiek prawdopodobnie zakaża się małą ilością bakteryj, które w ustroju szybko się mnożą i dopiero wtedy rozwijają swe zgubne działanie, to do wywołania śmierci u zwierzęcia potrzeba wprowadzić odrazu tyle prątków, aby ich działanie trujące do zabicia zwierzęcia wystarczało. Z tego powodu szczepienie ochronne zwierząt jest tylko ochroną przeciw zatruciu i pozornie nie daje rękojmi ochrony przeciw rozwojowi prątków cholerycznych. W rzeczywistości jednak badania bakteryjologiczne z analogicznemi sprawami wykazały, że ochrona przed specyficznem działaniem trującem jest tem samem ochroną przed rozwojem bakteryj jad wytwarzających. Odporność względem jadu cholerycznego wywołuje się u zwierząt przez wprowadzanie do ustroju jadu osłabionego; podobnie postępuje natura, i dlatego zachowanie się ludzi, którzy zapadłszy na cholerę wyzdrowieli, daje miarę możności szczepienia ochronnego. W rzeczy samej uważa autor za regułę, potwierdzoną przez samego Kocha fakt, że jednorazowe nawet lekkie zapadnięcie na cholerę chroni od powtórnego nabawienia się jej na szereg lat. Fakta niezgodne z tem twierdzeniem przytoczone przez Cantaniego (p. „Przegląd Lek.“ Nr. 40) uważa K. za wyjątki i dowodzą tylko, że w owych przypadkach pomimo groźnych objawów biegunki i wymiotów przecież nie uległa taka ilość jadu wessaniu, jaka jest potrzebną do uczynienia ustroju odpornym.

Największa trudność badania leży w rozstrzygnięciu kwestyi, w jaki sposób udowodnić, że człowiek szczepiony stał się rzeczywiście odpornym. Ściśle wziąwszy, dowodu tego dostarczyć można jedynie podczas epidemii i to przy rozległem zastosowaniu szczepienia. Jednakże istnieje jeszcze jeden sposób wynikający z badań Behringa i Kitasaty, którzy co do niektórych chorób wykazali, że surowica krwi odpornych zwierząt posiada zdolność przeniesienia odporności na inne zwierzęta. Jeżeli więc surowica krwi pochodząca z jednego ustroju czyni odpornym inny ustrój, to ten pierwszy musiał również być odpornym.

Wychodząc z tego zapatrywania, przedsięwziął autor szczepienie ludzi istotami wypróbowanemi na zwierzętach i zbadanie, czy surowica krwi tych ludzi jest w stanie uchronić świnki morskie od zatrucia jadem cholerycznym. Przedewszystkiem jednak należało się przekonać, jak się pod tym względem zachowuje krew ludzi nieszczepionych; wiadomo bowiem, że według zdania Kocha połowa wszystkich ludzi jest odporną względem cholery i dlatego wcale nie byłoby dziwnem, gdyby krew u niektórych osób posiadała własności ochronne. W rzeczy samej doświadczenia stwierdziły te przypuszczenia; z pomiędzy 5 osób surowica u dwóch z nich w ilości 1—2 cm sz. wystarczała do uczynienia świnki morskiej odporną przeciw cholerze. Badania ze szczepieniem wykonał Klemperer na sobie samym oraz na lekarzu Dr. Grossem i kilkunastu słuchaczach medycyny. Pierwsze doświadczenia dokonane za pomocą 3-dniowych hodowli prątków cholerycznych ogrzanych przez 2 godziny do 70° wykazały, że podskórne wstrzykiwania takich kultur z jednej strony nie wywołują prócz miernej reakcyi miejscowej, nudności, lekkiego bólu głowy, żadnych większych zaburzeń, z drugiej sprawiają, że krew osoby szczepionej posiada 4—10 razy większą odporność przeciw cholerze niż krew ludzi, których z natury uważać należy za odpornych. W dalszych doświadczeniach stopniowo schodząc, szczepił coraz mniej ogrzane hodowle, aż doszedł do hodowli zupełnie nieogrzewanych i przekonał się, że szczepienie ich pod skórę jest również zupełnie nieszkodliwe, a działanie ich ochronne koło 5 razy silniejsze niż hodowli osłabionych przez ogrzewanie. Przez wprowadzanie żywych prątków cholerycznych pod skórę, gdzie one szybko giną, naśladuje się działanie ochronne natury, bez narażenia człowieka na ciężką chorobę i groźne niebezpieczeństwo. (*Berl. kl. Wschrft.* Nr. 39).

Weyl: Czy cholera może być przeniesioną za pośrednictwem piwa?

Na podstawie badań bakteryjologicznych dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Jest mało prawdopodobnem, aby cholera mogła być przeniesioną za pośrednictwem piwa, jeżeli prątki przecinkowe znajdowały się przez dłuższy czas w zetknięciu z piwem. Po 24-godzinnem pobycie w piwie prątki napewne obumierają. Z tego powodu szklanki na piwo powinno się w czasach cholery myć w wodzie gotowanej. 2) Oddziaływanie kwaśne piwa jest głównym czynnikiem zabijającym prątki przecinkowe; ponieważ jednak i w alkalicznem piwie prątki obumierają, przeto przypuścić należy, że pewne istoty wchodzące w skład piwa również wpływ ten wywierają. (*Deut. med. Woch.* Nr. 37).

Hirschfeld (Berlin): O stosowaniu środków wewnętrznych przeciw cholerze.

Badając przemianę materyi w przypadkach cholery w szpitalu miejskim Moabit, przekonał się autor, że ilość azotu wydzielonego przez ustrój dotknięty tą chorobą wy-

nosi 2 gr., co odpowiada 4 gr. mocznika na dobę, nie mówiąc już o tych przypadkach, w których mocz się wcale nie wydziela. Cyfra ta jest tak małą i stoi o tyle niżéj od zauważanych kiedykolwiek podczas głodzenia, że należy przypuścić niezdolność nerek do wydzielenia całego w ustroju wytworzonego mocznika. Zboczenie tak wysokiego stopnia zauważał H. zaledwie w rzadkich przypadkach chorób nerek, a tłomaczy ono dostatecznie częste występowanie mocznicowych objawów. Z tego wynika, że przynajmniéj w części wszystkich przypadków cholery istnieje ostre zapalenie nerek, które prawdopodobnie powstaje pod wpływem działania toksyn na przybłonek nerkowy, może właśnie dlatego, że ustrój stara się drogą nerek tych trujących istot się pozbyć.

Przy leczeniu cholery należy zatem unikać takich środków, które zostają wydzielane przez nerki. Albowiem należy się obawiać, że ciężko uszkodzone przybłonki nerek jeszcze bardziéj zostaną zadrażnione, albo jeżeli nerki wydzielać więcéj nie mogą, nastąpi zatrucie ustroju środkiem zazwyczaj nie obojętnym. (*Berl. kl. Woch.* Nr. 39).

Becher zwraca słusznie uwagę na to, że wychodki w wozach kolejowych, na dole zupełnie otwarte, mogą się przyczynić do rozwleczenia cholery i cytuje fakt powstania endemii w r. 1884 w jednéj z wsi niemieckich, przez którą przechodzi droga kolei żelaznéj, dla którego to powstania żadną miarą źródła wynaleźć wówczas nie można było. Proponuje, aby u dołu pod wychodkami zawieszano naczynia, któreby na większych stacyjach wymieniano i odwietrzano. (*Deut. med. Wschrft.* Nr. 37).

Banti podaje spostrzeżenia tyczące się okresu wylęgania cholery. U chorych, którzy w szpitalu się zakazili, wynosił okres inkubacyi 36—45 godzin. Można było względnie stanowczo wykluczyć, że który z chorych mógł przed przybyciem do szpitala już być zakażonym. — Z 8 w szpitalu zakażonych umarło 7; pacyjent, który sobą zawlókł zarazek, wyzdrowiał. (*Lo sperimentale.* Nr. 13).

Gronemann: Leczenie cholery.

Pod tym tytułem wydał autor, lekarz praktykujący w Djokjakarte, w Indyjach Niderlandzkich, broszurę, w któréj szczegółowo podaje wyniki otrzymane w leczeniu cholery za pomocą kreoliny. Z spostrzeżeń przez G. opisanych wynikałoby, że: 1) kreolina nie jest środkiem trującym; 2) nie ulega resorbcyi w żołądku, lecz przechodzi wprost niezmieniona do jelit, 3) stosowana dość wcześnie i w odpowiedniéj ilości, i jeżeli nie zostaje wyrzuconą przez wymioty działa znakomicie przeciw cholerze. Ponieważ kreolina w rozczynie 5:1000 zabija prątki przecinkowe w 10 minutach, a 3:1000 w 15 minutach, przeto podając 3—5 grm. kreoliny na 1 litr wody w jelitach, można zdaniem Gronemanna wszystkie prątki choleryczne w jelitach obecne zniszczyć, a przynajmniéj ich rozwój powstrzymać, do czego już wystarczy rozczyn 1:3000 kreoliny. Jedyną wadą kreoliny jest jéj przykry smak.

Z 19 chorych leczonych przez G. kreoliną 11 (58%) wyzdrowiało; z 8 niepomyślnie zakończonych, 2 zmarło w jakiś czas po przebyciu cholery, w 3 przyszedł G. zapóźno, a tylko w 5 przypadkach rzeczywiście kreolina okazała się bezskuteczną. Z spostrzeżeń innych lekarzy wynika 64% uzdrowień. G. podaje dorosłym 5 gr., dzieciom 2—3 gr. kreoliny rozcieńczonéj w 100—200 gr. wody, herbaty lub mleka. Skoro tylko dawkę tę chory odda z wymiotami, należy natychmiast podać mu drugą, jednem słowem usilnie się starać, aby do jelit wprowadzić 2—5 gr. kreoliny.

Dr. Beck.

O. Bujwid: **Jodoform w zapobieganiu i leczeniu cholery.**

Zgodnie ze spostrzeżeniami Riedlina i Neissera o działaniu jodoformu na bakteryje choleryczne stwierdzić można, umieszczając w epruwetce zawierającéj gelatynową hodowlę prądków cholerycznych małą rurkę otwartą, napełnioną jodoformem, że prądki te na powierzchni gelatyny się nie rozmnażają, podczas gdy w warstwach głębszych hodowla rozwija się w zwykły sposób. Widocznie jest to następstwem ulatniającego się jodoformu. Dalej okazało się, że przy bezpośredniem zetknięciu się wystarcza rozczyn eteryczno-wyskokowy 0·1% do zabicia wspomnianych bakteryj w przeciągu jednéj minuty, podczas gdy rozczyn 0·01% czyni to po upływie 24 godzin, rozczyn zaś 1:80000 powstrzymuje tylko rozwój prątka przecinkowego. Na podstawie tych doświadczeń radzi autor podawać jodoform jako środek zapobiegawczy w małych dawkach, w razie zaś wybuchu choroby w dawkach 2—3 razy większych, jako środek leczniczy. Za najodpowiedniejszą postać uważa autor kapsułki zawierające po 0·02 do 0·03 jodoformu w rozczynie eterowym i radzi podawać 2—3 takich dawek. W przypadkach choroby, gdzie chodzi o natychmiastowe działanie, zaleca podawać lek w proszkach lub emulzyi. (*Medycyna* N. 32. 1892). *Dr. Ludomił Korczyński.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 października. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło wczoraj pierwsze posiedzenie swoje po wakacyjach. Kol. przewodniczący Dr. Ponikło po przedłożeniu spraw administracyjnych odczytał elaborat komisyi wybranéj przez Komitet Towarzystwa odnoszący się do naukowego badania pierwszych przypadków cholery azyjatyckiéj w Krakowie zaszłych. Elaborat ten wykazuje, iż lekarze szpitalni krakowscy już dnia 15/IX, udowodnili bakteryjologicznie obecność cholery w Krakowie. Towarzystwo przyjęło do wiadomości elaborat, jednak nie uchwaliło ogłaszać go obecnie publicznie sądząc, że udowodnienia bakteryjologicznego cholery azyjatyckiéj nie można uważać za wynik badania nadzwyczajny, lecz postanowiło zachować ten elaborat celem spożytkowania go przy spisaniu pracy naukowéj wyczerpującéj o przebiegu cholery w Krakowie, którą się zajmie rzeczona komisyja. 2) Kol. Gluziński przedstawił preparaty mikroskopowe i hodowle prątków cholerycznych uzyskane z wydzielin zmarłéj z cholery Kokotowéj, przyczem podaje, iż tak postać prątków jak i ich hodowle przedstawiają pewne drobne różnice od prątków badanych w dawniéjszych epidemijach, jak to już zauważyli lekarze paryscy w początku epidemii w Paryżu i Dr. Bujwid badając przypadki lubelskie. Ocenienie tych różnic będzie przedmiotem dalszych systematycznych badań w tym kierunku. 3) Zawiązała się dyskusyja naukowa odnosząca się do cholery, wśród któréj Dr. Filimowski podał sposoby i wyniki leczenia chorych w szpitalu Bonifratrów. Dr. F. przyobiecał na jednem z następnych posiedzeń przedstawić Towarzystwu obszerniejszą pracę o wynikach obserwacyi i leczenia chorych na cholerę.

* Przedwczesną niestety okazała się radosna nadzieja, któréj w Nrze przeszłym daliśmy wyraz, jakoby cholera w Krakowie i w Podgórzu już ustała. Biuletyny bowiem, ogłaszane przez p. fizyka miejskiego, wspominają prawie codziennie o kilku nowych przypadkach cholery i śmierci z cholery w mieście naszem. Ostatni biuletyn z dnia wczorajszego opiewa jak następuje:

„Od godziny 8 rano dnia 4 października do 8 rano dnia „5 października zaszły 3 nowe przypadki cholery; nikt nie „umarł. Dotychczas zachorowało na cholerę 26 osób, umarło „10, wyzdrowiało 6; pozostaje w leczeniu 10".

Jakkolwiek więc nie pozbyliśmy się niemiłego gościa, to pocieszającym jest fakt, że cholera występuje u nas bardzo łagodnie. Tymczasem miasto nasze cierpi bardzo dotkliwie pod względem materyjalnym skutkiem zarządzonych środków ostrożności, które jednak, jak się pokazuje, wcale nie były zbytecznemi.

W Hamburgu zachorowało dotąd na cholerę osób 13.000, a umarło 5.800. W ostatnim czasie zmniejsza się cholera, jakkolwiek powoli. — W Petersburgu do d. 16 września zachorowało 3.677, z których zmarło 1.087 a wyzdrowiało 2.458. Do d. 1 września w całem cesarstwie rosyjskiem umarło z cholery 172.363 osób, najwięcéj w Kaukazie (57.967).

* Towarzystwo francuskie dla elektroterapii na wniosek p. Apostolego wybrało jednomyślnie członkiem swoim p. Dra Władysława Harajewicza z Krakowa.

* Komitet austryjackiego Związku lekarzy donosi nam, że zapowiedziany na d. 7 i 8 b. m. Zjazd tego Związku w Wie-

dniu odroczony został na później, a to z powodu grożącego niebezpieczeństwa cholery.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** N. Pan zamianował asystenta przy klinice chorób skórnych we Wiedniu Dra Włodzimierza Łukasiewicza, nadzwyczajnym profesorem chorób skórnych i wenerycznych w Insbruku. (Dr. Łukasiewicz, rodem z Galicyi, jest wychowańcem Uniw. Jagiellońskiego, gdzie i stopień doktora uzyskał). — Docent prywatny i prosektor w Kijowie Dr. Sudakiewicz mianowany został profesorem anatomii patologicznéj w Tomsku. — Liczba docentów prywatnych w Akademii wojskowo-lekarskiéj w Petersburgu wynosi 60; z tych 17 wykłada medycynę wewnętrzną, 6 ginekologiję, 6 choroby nerwowe i umysłowe, 4 pedyjatryję.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

Do Nru niniejszego dołącza się ogłoszenie o peptonie żelazowo-manganowym Dra Gude.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.